

## Anmeldung für die Fachoberschule FOS 11/12 Gesundheit und Soziales

### Von der Bewerberin/ vom Bewerber auszufüllen

|                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Angestrebte Fachrichtung:</b><br><input type="checkbox"/> Gesundheit / Pflege<br><input type="checkbox"/> Soziales | <b>Falls Sie sich bei mehreren FOS beworben haben,</b><br>kreuzen Sie bitte Ihre bevorzugte Schule an.<br><input type="checkbox"/> BBSG <input type="checkbox"/> IKS <input type="checkbox"/> SZ Blumenthal |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                            |                                                                                                                  |                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nachname:                                                                                                  | Geburtsdatum:                                                                                                    | Geburtsort:                                                                                    |
| Vorname:                                                                                                   | Geburtsland:                                                                                                     |                                                                                                |
| <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers        | Staatsangehörigkeit:                                                                                             |                                                                                                |
| Straße + Hausnummer:                                                                                       | <b>Bitte bis zum 21. Lebensjahr ausfüllen:</b><br>Angaben zum gesetzlichen Vertreter (Eltern, Betreuer, Vormund) |                                                                                                |
| PLZ + Stadt:                                                                                               | <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Sonst.                   | <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Sonst. |
| Telefonnummer mobil:                                                                                       | Nachname(n):                                                                                                     |                                                                                                |
| Telefonnummer Festnetz:                                                                                    | Vorname(n):                                                                                                      |                                                                                                |
| E-Mail-Adresse:                                                                                            | Telefonnummer(n):                                                                                                |                                                                                                |
| Liegt eine körperliche Einschränkung vor? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ..... | E-Mail-Adresse:                                                                                                  |                                                                                                |
| Muttersprache*:                                                                                            | Verkehrssprache*:                                                                                                | Adresse (falls abweichend):                                                                    |
| * Muttersprache = Sprache der Eltern , Verkehrssprache = Sprache, die in der Familie gesprochen wird       |                                                                                                                  |                                                                                                |

Sollten weitere Informationen für das Aufnahmeverfahren bzw. für uns wichtig sein, lassen Sie es uns bis um 1. März 2026 wissen.

=====

### Von der BBSG auszufüllen

|                                               |          |                                     |   |                                                    |                |                                    |
|-----------------------------------------------|----------|-------------------------------------|---|----------------------------------------------------|----------------|------------------------------------|
| Noten<br>MSA:<br><br><input type="checkbox"/> |          | E                                   | G | Note                                               | Eingangsdatum: | Beratung durchgeführt<br>am / von  |
|                                               | Deutsch  |                                     |   |                                                    |                |                                    |
|                                               | Mathe    |                                     |   |                                                    |                |                                    |
|                                               | Englisch |                                     |   |                                                    |                |                                    |
| Nachweis MSA: <input type="checkbox"/>        |          | Beglaubigt <input type="checkbox"/> |   | Nicht schulpflichtig <input type="checkbox"/>      |                |                                    |
| Praktikumsvertrag                             |          | 3fach <input type="checkbox"/>      |   | Zusage                                             |                |                                    |
| Praktikumsbetrieb:                            |          |                                     |   | Freistellung erforderlich <input type="checkbox"/> |                | liegt vor <input type="checkbox"/> |

## Informationen zum Aufnahmeverfahren für die Fachoberschule 11/12 Gesundheit und Soziales

### Welche Unterlagen benötigen wir von Ihnen? Und bis wann?

- ☐ Diesen **Anmeldebogen** → bis 1. März 2026
- ☐ Nachweis über **Teilnahme an Informationsveranstaltung** bzw. Beratungsgespräch
- ☐ **Lebenslauf** mit Foto
- ☐ **Abschlusszeugnis des Mittleren Schulabschlusses** (MSA) als beglaubigte Kopie  
Dabei gilt folgendes für den Notendurchschnitt in Deutsch, Mathe und Englisch:
  - Bei Unterscheidung in E-/G-Kurse:
    - E-Kurs: Mindestens Note 4 (ausreichend)
    - G-Kurs: Mindestens Note 3 (befriedigend)
  - Bei Fächern *ohne* Unterscheidung in E-/G-Kurs: Notendurchschnitt in Deutsch, Mathe und Englisch von mindestens 3,3 → bis 29. Juni 2026
- ☐ **Praktikumsvertrag** in 3-facher Ausfertigung (Unterlagen erhalten Sie von uns oder auf der Homepage) → bis 29. Juni 2026
- ☐ Für BewerberInnen aus Niedersachsen: Freigabe der zuständigen Schulbehörde.  
Das Formular zur Beantragung bei Ihrer Schulbehörde finden Sie unserer Homepage.  
→ bis 29. Juni 2026

### Was ist sonst noch wichtig zu wissen?

- **Mögliche Betriebe für Ihr Praktikum:**

Für Praktika im Bereich Gesundheit/Pflege kommen als Betriebe Krankenhäuser, Altenheime, Pflegeeinrichtungen, Rehakliniken und Einrichtungen für Menschen mit Einschränkungen in Frage.  
Im Bereich Soziales kann das Praktikum in Kindertagesstätten (U3 / Ü3) und in Ganztagsgrundschulen mit Hort und Ferienbetreuung absolviert werden.
- **Besondere Voraussetzungen:**
  - Für **Praktika im Bereich Gesundheit/Pflege** ist in den meisten Betrieben ein **Impfschutz gegen Corona, Masern und Hepatitis** erforderlich. Bitte klären Sie dieses rechtzeitig direkt mit Ihrem Praktikumsbetrieb.
  - Bei **Praktika im sozialen Bereich** kann die Vorlage eines **Führungszeugnisses** notwendig sein. Bitte klären Sie es rechtzeitig und direkt mit Ihrem Praktikumsbetrieb.
- Sollten wir Ihre Unterlagen nicht rechtzeitig erhalten, können wir Ihre Bewerbung nur bei freien Plätzen berücksichtigen.

### Wer beantwortet Fragen?

**Sekretariat:**

Maïke Hustedt

maïke.hustedt@schulverwaltung.bremen.de

☎ 0421-361-8512

☒ Ritter-Raschen-Straße 43-45, 28219 Bremen

**Bereichsleitung:**

Maren Steppuhn

m.steppuhn@schule.bremen.de

**Ich habe diese Informationen zur Kenntnis genommen.**

Ort, Datum

Name

Unterschrift der Bewerberin/des Bewerbers